: https://dx.doi.org/10.22067/jgrd.2021.51003.0
مقالهٔ پژوهشی- مطالعه موردی

مجلّهٔ جغرافیا و توسعهٔ ناحیه‌ای، سال هجدهم، شمارهٔ ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۹، شمارهٔ پیاپی ۳۵

# تحلیل اثرات گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی (مطالعه موردی: شهرستان مشگین‌شهر)

**سمانه مسیبی (دکتری جغرافیا و برنامه ریزی روستایی، دانشگاه اصفهان،اصفهان، ایران)**
**mosayebisamane@yahoo.com**

صص ۱۹۹ ـ ۱۶۹

## چکیده

توسعهٔ گردشگری سلامت به‌عنوان یکی از منابع مهم اقتصادی می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اشتغال، درآمد و ارتقای رفاه اجتماعی در سطح ملی، منطقه‌ای، محلی و نقشی مؤثر در توسعهٔ اجتماعی‌اقتصادی به‌طور عام و مناطق روستایی به‌طور خاص ایفا نماید. هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش و تأثیر گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی شهرستان مشگین‌شهر می‌باشد. جهت شناخت گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر از مطالعات اسنادی استفاده شد. سپس اثرات آن در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی به کمک پرسشنامه، مصاحبه و مشاهده به دست آمد. در مرحلهٔ بعدی تعدیل‌های لازم براساس استخراج مشترکات انجام شد. اثرات نهایی‌شده به‌عنوان مهم‌ترین اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی، در قالب پرسشنامه محقق‌ساخته تدوین شدند. این تحقیق نشان داد که اثر مستقیم شاخص تولید بر ارتقای ظرفیت-های اقتصادی کمتر از ابعاد دیگر بوده و شاخص تنوع اقتصادی نیز بیشترین تاثیر مستقیم را داشته است. افزون بر این، شاخص تنوع اقتصادی بر همهٔ شاخص‌ها تأثیر داشته و از طریق همهٔ شاخص‌ها به‌طور غیرمستقیم بر ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۰۵/۱۵

موثر بوده است. توسعهٔ مجتمع‌های آبگرم در شهرستان مشگین‌شهر موجب جاری شدن سرمایه‌های مختلف بومی و غیربومی در این مکان‌ها شده است. همچنین حضور گردشگران در این محدوده موجب بهبود زیرساخت‌های روستایی، افزایش تولیدات روستاییان در زمینه‌های مختلف و ایجاد زمینه‌های شغلی غیرکشاورزی و به طور کلی تنوع اقتصاد روستایی شده است.

**کلمات کلیدی:** گردشگری سلامت، ظرفیت‌های اقتصادی، اقتصاد روستایی، مشگین‌شهر.

**۱. مقدمه**

نواحی روستایی به‌عنوان کانون تولید، دارای قابلیت‌های اقتصادی فراوانی است که در صورت برنامه‌ریزی صحیح، می‌توان با شکوفایی آنها، اقتصاد پویا و متنوعی را در نواحی یاد شده پدید آورد (ورمزیاری و ایمانی، ١٣٩٦، ص. ١٨٢). از قابلیت‌های موجود اقتصادی، گردشگری است (صادقلو، محمودی و جعفری، ١٣٩٦، ص. ٢). گردشگری در بسیاری از کشورهای جهان جزو پیچیده‌ترین کسب و کارهای بشری است و به‌عنوان فعالیتی چند وجهی، دارای کارکردهای گوناگون و مثبت است که از جمله می‌توان به اشتغال‌زایی، کسب درآمد و تقویت زیرساخت‌ها اشاره کرد (قادری و همکاران، ١٣٩٠، ص. ١٠٢). گردشگری به‌عنوان رویکردی پویا و دارای ویژگی‌های منحصربه‌فرد، بخش مهمی از فعالیت‌های کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه را به خود اختصاص داده (سازمان جهانی گردشگری[1]، ٢٠٠٧، ص. ١١) و به‌عنوان یک پدیدهٔ اجتماعی جهت ارائهٔ ویژگی‌های مکان‌ها، فرهنگ‌ها و چشم‌اندازها به‌شمار می‌رود (هولمن و هال[2]، ٢٠١١، ص. ٣٢٣). همینطور، گردشگری با ایجاد تغییرات مثبت در توزیع درآمد به‌عنوان ابزاری کارآمد نقش ویژه‌ای در ایجاد ارزش‌افزودهٔ تجاری برای تولیدکنندگان محلی بازی می‌کند (لی[3]، ٢٠٠٨، ص. ١٠١٤) و

1. UNWTO
2. Hulman & Hall
3. Li

به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یکی از مهمترین ابزارهای مورد استفاده برای ترویج و تجدید حیات روستایی و بازسازی آن شناخته می‌شود (شن، ونگ، کواین و ژو[1]، ۲۰۱۹، ص. ۹۹).

یکی از گونه‌های مهم گردشگری، گردشگری سلامت است. گردشگری سلامت یکی از شاخه‌های جدید گردشگری بین‌المللی بوده و در سال‌های اخیر رشدی بیش از رشد سایر انواع گردشگری داشته است. به طوری‌که آمار سازمان جهانی گردشگری نشان می‌دهد، رشد گردشگران سلامت بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ بالغ بر ۳۲ درصد بوده (ناصرپور، موسوی و سپهوند، ۱۳۹۷، ص. ۲۱۳) و درآمد حاصل از این صنعت در سال ۲۰۱۲ بالغ بر ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد گردید است (رولندی[2]، ۲۰۱٤، ص. ۳). گردشگری سلامت، سفری سازمان‌یافته از محیط زندگی فرد به مکان دیگر است که به‌منظور حفظ، بهبود و دستیابی مجدد به سلامت جسمی و روحی فرد صورت می‌پذیرد (کانل[3]، ۲۰۰٦، ص. ۳٤۲). گردشگری سلامت شامل گردشگری پزشکی، گردشگری صحت و گردشگری پیش‌گیرانه است (کریا و بریج[4]، ۲۰۰۸، ص. ۲۰۳). در دهۀ گذشته، تلاش برای دستیابی به سلامت بیشتر در تعطیلات از طریق تمدد اعصاب، ورزش یا بازدید از چشمه‌های معدنی، با ظهور یک بخش متمایز در صنعت گردشگری، یعنی گردشگری پزشکی به سطحی جدید وارد شده است. در حقیقت، گردشگری سلامت، شاخه‌ای از گردشگری پزشکی است که به‌منظور حفظ، بهبود و کسب دوبارۀ سلامت جسمی و ذهنی فرد، به مدت بیشتر از ٢٤ ساعت و کمتر از یک سال صورت می‌گیرد. به این ترتیب، یک گردشگر سلامت، با سفر از محل دائم زندگی خود می‌تواند از خدمات درمانی مقصد استفاده کند تا سلامت جسمی و روحی‌اش را به‌دست آورد. گردشگری سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، در چند سال اخیر در کشورهای مختلف جهان رشد شگرفی داشته است (هرندی و میرزائیان، ۱۳۹٦، صص. ۸۹–۸۸). در این میان کشورهایی در جذب این سرمایۀ عظیم و میلیاردی موفق‌اند که علاوه بر داشتن فاکتورهایی همچون قیمت‌های پایین خدمات، پزشکان با صلاحیت و مناظر زیبا و دارای جاذبه، دارای کیفیت پذیرفته شدۀ جهانی

1. Shen ,Wang, Quan & Xu
2. Rollandi
3. Connell
4. Carrea & Bridges

در ارائهٔ خدمات خود باشند. اکنون با وجود استانداردهای جهانی که در نقاط مختلف دنیا به اجرا در می‌آیند مردم به‌دنبال با کیفیت‌ترین درمان‌ها با قیمت‌های پایین و رقابتی هستند (حسین‌نژاد و دیاباری، ۱۳۹٦، ص. ٥٦). کشور ما نیز با عنایت به مزیت‌هایش در گردشگری پزشکی از جمله هزینه‌های پایین خدمات، تجهیزات مناسب و پزشکان صلاحیت‌دار و دارا بودن جاذبه‌های فراوان طبیعی از جمله چشمه‌های آب گرم با قابلیت‌های بالای درمانی، درصد است تا از فرصت‌های موجود در بازار بین‌المللی خدمات سلامت استفاده کند. لیکن هنوز برای بهره‌برداری از توانمندی‌های خود در این زمینه با چالش‌هایی اساسی روبه‌رو است و درصورتی که بخواهد در این بازار سهم مناسبی داشته باشد باید در جهت رفع این چالش‌ها بکوشد. توسعهٔ گردشگری سلامت اثرات اقتصادی مختلفی در نقاط مبدأ دارد. چنانچه این رویکرد، به‌عنوان یکی از منابع مهم اقتصادی در قلمرو مذکور می‌تواند نقش مهمی در ایجاد اشتغال، درآمد، کاهش فقر و ارتقای رفاه اجتماعی در سطح ملی، منطقه‌ای، محلی و نقشی مؤثر در توسعهٔ اجتماعی- اقتصادی به‌طور عام و مناطق روستایی به‌طور خاص ایفا نماید (سانگ، لری و گانگ لی[1]، ۲۰۱۲، ص. ١٦٥؛ خادم‌الحسینی و ادهم، ۱۳۹۵، ص. ٤). به‌طور کلی، گردشگری سلامت (چشمه‌های آب گرم، معدنی و ...)، می‌تواند دریچه‌های نوینی از شناخت، توسعه و پایداری را برای جوامع به‌وجود آورد (پوراحمد و همکاران، ۱۳۹۱، ص. ۱۰۵) و موجب بهبود معیشت مردم از طریق افزایش درآمد و اشتغال و تغییر آداب و رسوم محلی، مؤثر در تنوع مقاصد گردشگری و بهبود تجربهٔ جهانی گردشگری، توزیع عادلانه‌تر مزایای توسعه در جوامع محلی (گویتا مارتینز، مارتین، سالیناز فرنانز و موگارون گوارور[2]، ۲۰۱۹، ص. ١٦٥)، رونق صنایع‌دستی در مسیرهای مقصد (فهیمی، اکادیری و سراج[3]، ۲۰۱۸، ص. ٦٢)، توسعهٔ فعالیت‌های اقتصادی و تنوع فعالیت‌های تولیدی مناطق روستایی، [افزایش میزان سرمایه گذاری، تولید در سطح روستاها و در نهایت پایداری اقتصادی روستایی و

1. Song, Larry & Gang Li
2. Guaita Martínez, Martín, Salinas Fernández & Mogorrón-Guerrero
3. Fahimi, Akadiri & Seraj

توسعهٔ پایدار روستایی در ابعاد مختلف] می‌گردد (برد، باسلی و دران برگر[1]، ۲۰۰۹، ص. ٦٤٥).

در این میان شهرستان مشگین‌شهر با توجه به وجود انواع جاذبه‌های گردشگری یکی از قطب‌های گردشگری کشور است که هر ساله شاهد حضور گردشگران زیادی از داخل و خارج کشور است. در زمینهٔ گردشگری سلامت این شهرستان دارای چشمه‌های معدنی و مجتمع‌های آبگرم زیادی از جمله آبگرم؛ موئیل‌سویی، قوتور سویی، شابیل‌سویی، یل سویی، دودوسویی، ایلاندوسویی، هاوارسویی، ملک‌سویی، آق‌سو، انزان سویی، مازافا سویی، نوری کندی سویی، چشمه گازدار کنگرلو و قوتورسویی موئیل و ... در دامنهٔ کوه نیمه‌خاموش آتشفشانی سبلان است که هر کدام دارای خواص درمانی بخصوصی مثل تسکین درد، رماتیسم، بیماری‌های عصبی، تنفسی و ... می‌باشد که با وجود امکانات مناسب، زمینهٔ جذب گردشگر از نقاط مختلف کشور فراهم شده است. به همین جهت سالانه گردشگران زیادی در جهت درمان انواع بیماری‌های خود و اطرافیانشان به این شهرستان مراجعه می‌کنند. همین امر توانسته اقتصاد روستاهای این شهرستان را پویا نگه دارد و ظرفیت‌های توسعهٔ اقتصادی این شهرستان را نیز ارتقا ببخشد. در همین‌راستا، هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش و تأثیر گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی بوده و در تلاش است که به این سؤال پاسخ دهد:

– توسعه و گسترش گردشگری سلامت چه تأثیری در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی سکونتگاه‌های روستایی شهرستان مشگین‌شهر دارد؟

## ۲. پیشینهٔ تحقیق

در زمینهٔ پیشینه تحقیق نیز می‌توان گفت، عبارت گردشگری سلامت را گودریچ[2] در سال ۱۹۸۷ مطرح کرد و سپس در دانشگاه‌های آمریکا و انگلستان‌گسترش یافت (پلوئی، فضلی، درویشی سه‌تلانی، بیات و قادرن، ۱۳۹۸، ص ۵). تمام مطالعات مرتبط با گردشگری سلامت

1. Byrd, Bosley & Dronberger
2. Goodrich

بر کارکردها و سیستم‌های گردشگری سلامت متمرکز است. یکی از مهمترین مطالعات در مورد کارکردها و سیستم‌های گردشگری سلامت توسط لی و فرناندو (۲۰۱۵) انجام شده است. لی و فرناندو (۲۰۱۵) ادعا می‌کنند، صنعت توریسم سلامت در چارچوب مدیریت زنجیره تأمین به‌وجود آمده است. این رویکرد و ادعاهای مربوطه در بستر آموزش گردشگری قرار دارد. با این وجود، نقش و جایگاه گردشگری سلامت در بستر آموزشی یا برنامهٔ درسی برنامه‌های مرتبط با گردشگری تعریف نشده است (ساواشان، تونسل و یالواچ[1]، ۲۰۱۷، ص. ۱۹۷). در همین راستا، در ادامه به خلاصه‌ای از مهمترین مطالعات انجام شده داخلی و خارجی در این باره در جدول ۱ آورده شده است.

**جدول۱. مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ موضوع مورد بحث (داخلی و خارجی)**

مأخذ: مطالعات کتابخانه‌ای، ۱۳۹۸

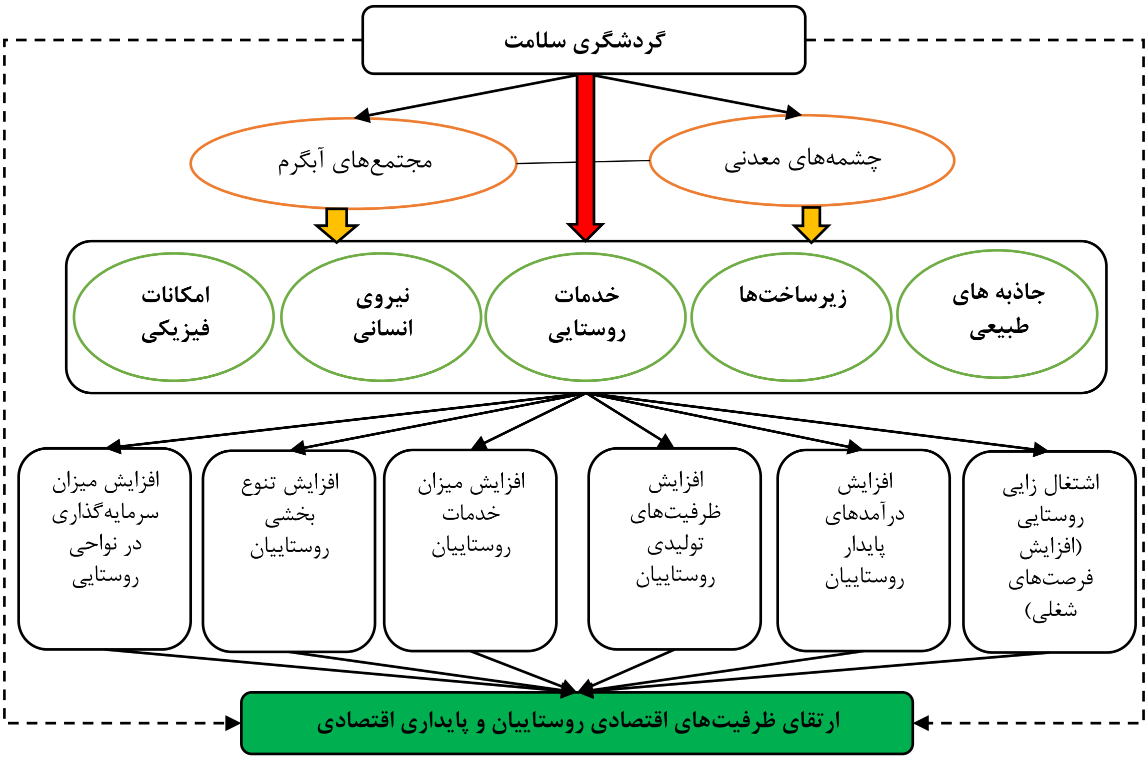
| محقق (گان) / سال | عنوان | نتیجه |
|---|---|---|
| گل‌شیری، رکن‌الدین افتخاری و طاهری (۱۳۹۳) | تبیین چرخهٔ الگوی توسعهٔ پایدار گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران (با تأکید بر آب گرم) | یافته‌ها نشان داد که ٤٠ درصد از چشمه‌های مورد مطالعه در مرحله اکتشاف قرار دارند و تاکنون سرمایه‌گذاری خاصی روی آن‌ها صورت نگرفته است و عمدهٔ این چشمه‌ها در جنوب شرق کشور واقع شده است. |
| حسینی‌نژاد و دریاباری (۱۳۹٦) | بررسی نقش گردشگری در توسعهٔ پایدار منطقه‌ای (نمونه موردی: گردشگری سلامت استان اردبیل) | استان اردبیل با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه در عرصهٔ پزشکی و سلامت در جایگاه قابل توجهی در صنعت گردشگری سلامت و توسعهٔ پایدار منطقه‌ای قرار دارد. |
| واعظی و همکاران (۱۳۹٦) | جایگاه خط مشی گردشگری سلامت در توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی | روش تحلیل مضمون از طریق کدگذاری مصاحبه‌ها و اسناد مکتوب به شکل‌گیری ۱۰ مضمون فراگیر مشترک (عدالت اجتماعی، گفتمان‌سازی، الگوی بومی، درون‌زایی، خط‌مشی-گذاری کلان، تثبیت سهم بازار، محوریت کارآفرینی، دانش-محوری، برون‌نگری، مردم‌محوری) منجر شد. |
| هرندی و میرزائیان (۱۳۹٦) | تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده‌بنیاد کلاسیک | مدل جذب گردشگر سلامت در ایران، شامل پنج مقولهٔ اصلی است که عبارت‌اند از: کیفیت و ارزش‌آفرینی درمان، تبلیغات سلامت، ارزش ویژهٔ برند شهری، خدمات درمان اسلامی، و زیرساخت‌ها و جاذبه‌های گردشگری. |
| ناصرپور و | بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر | عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل زیرساختی، عوامل |

1. Savaşan, Tuncel & Yalvaç

| محقق (گان) / سال | عنوان | نتیجه |
| --- | --- | --- |
| همکاران (۱۳۹۷) | توسعهٔ گردشگری سلامت | حاکمیتی و شرایط عمومی در توسعهٔ گردشگری سلامت کشور در کنار امکانات پزشکی موثر هستند. |
| صفرآبادی و احمدپور (۱۳۹۸) | برنامه‌ریزی تفرجگاه‌های پیرامون شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت مطالعهٔ موردی: چشمه آبگرم تودلویه | علیرغم امتیاز بالای عیارهای علمی و زیبایی؛ عیار اقتصادی امتیاز مناسب را کسب نکرده است و از توان‌های طبیعی تفرجی درمانی چشمه آبگرم تودلویه برای جذب گردشگر و درآمدزایی محلی، فعالیت قابل قبول انجام نشده است. |
| هانگ، وینسنت، کوکوکاستا و سانگ[1] (۲۰۱۱) | موانع توسعهٔ گردشگری سلامت در هنگ کنگ | موانع قانونی و سیاست‌گذاری، عدم حمایت‌های دولتی، هزینه-های بالا و نیازهای و مشکلات پزشکی و درمانی جامعه‌محلی، مهمترین موانع پیش‌روی توسعهٔ گردشگری پزشکی در هنگ کنگ می‌باشد. |
| برنستن، کنت، اپستین و اشل[2] (۲۰۱٦) | بررسی گردشگری پزشکی در دریای مرده | در این پژوهش حساسیت‌های ناشی از گرده‌های موجود در هوا بررسی شده است و این که شیوع حساسیت‌ها در بین گروه‌های مختلف جنسی و سنی به چه صورت است. فصل مناسب برای سفر یه این مکان با توجه به کمترین حساسیت در بین افراد و گروه‌های سنی مختلف ژوئن تا اوت و نوامبر و فوریه است |
| میگون[3] (۲۰۱٦) | شناسایی مکان‌های با قابلیت زمین گرمایی و توسعهٔ گردشگری به بررسی جزایر وایمانگ، کوراکو و اوراکی در نیوزیل | پدیدهٔ چشمه‌های آبگرم، آب فشان، استخرهای گل و رسوبات معدنی موجود در این جزایر نقش ارزنده در گسترش گردشگری سلامت دارد. با این حال شرایط و مدیریت جریان گردشگری و نیز زیرساخت‌ها و امکانات مورد نیاز در این جزایر در سطح بسیار ضعیف قرار دارد. |
| ریدراستات، سینگ و دمیکو[4] (۲۰۱۸) | تأثیر بازارهای مهم گردشگری بر هزینه‌های گردشگری سلامت در ایالات متحده | هزینه‌های کلی سلامت در ایالات متحده در درجهٔ اول تحت تأثیر تغییرات بلند مدت است و این بینش می‌تواند به نفع دستیابی به یک مزیت رقابتی باشد. |
| نیلاشی[5] و همکاران (۲۰۱۹) | عوامل موثر بر توسعهٔ گردشگری سلامت در مالزی با بهره‌گیری از روش تاپسیس فازی | ضعف‌های فناورانه، سازمانی، نیروی انسانی و محیطی را مهمترین موانع استفاده کامل و مطلوب مالزی از مزیت‌های خود در زمینهٔ گردشگری سلامت است. |

1. Heung, Vincent, Kucukusta & Song
2. Bernstein, Kenett, Epstein & Eshel
3. Migoń
4. Ridderstaat, Singh& De Micco
5. Nilashi

بررسی خلاصه‌ای از پیشینهٔ تحقیق حاضر نشان داد که منابع علمی مستدلی در خصوص گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر که دارای چشمه‌های آبگرم و معدنی متعددی است و ارتباط آن با افزایش ظرفیت‌های اقتصادی در فضاهای روستایی وجود ندارد و پژوهش حاضر که به سنجش نقش گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی، به کمک روش‌های پژوهش اسنادی و پیمایشی پرداخته، در نوع خود از نوآوری لازم برخوردار است و جزو منابع دست اول در این حوزه محسوب می‌شود (شکل ۱).




**شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق**

**۳. روش‌شناسی تحقیق**

روش تحقیق در پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی، از نظر میزان و درجه‌ی کنترل متغیرها، میدانی و از لحاظ نحوهٔ پردازش اطلاعات، از نوع تحقیقات توصیفی- تحلیلی است. در جمع‌آوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و پژوهش میدانی استفاده شده است. در این‌راستا، مطالعات اسنادی و کتابخانه‌ای از منابع کتابخانه‌ای اخذ و داده‌های میدانی به‌صورت پرسشنامه (محقق ساخته) و مصاحبه و مشاهده (مستقیم و غیرمستقیم) جمع‌آوری گردید. قلمرو مکانی تحقیق سکونتگاه‌های روستایی شهرستان مشگین‌شهر است. طبق سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ این شهرستان دارای ٢٦٦ روستای دارای سکنه، تعداد ١٤٩٩٤١ نفر جمعیت و ٤٥٩٩٩ خانوار می‌باشد. جهت شناخت گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر از مطالعات اسنادی (بررسی مقالات، طرح‌های پژوهشی، کتاب‌ها و سایت‌های مختلف درخصوص گردشگری سلامت و پزشکی در محدوده مورد مطالعه)، استفاده شد. سپس اثرات آن در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی به کمک خبرگان و آگاهان محلی و مسئولان و کارشناسان سازمان میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری شهرستان مشگین‌شهر و همچنین دهیاران و شوراهای اسلامی روستاهای دارای پتانسیل گردشگری سلامت مانند آبگرم، معدنی، چشمه و غیره، شناسایی و سؤال شدند. در مرحلهٔ بعدی تعدیل‌های لازم براساس استخراج مشترکات انجام شد. اثرات نهایی‌شده به‌عنوان مهم‌ترین اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی، در قالب پرسشنامه محقق‌ساخته تدوین شدند. با توجه به اینکه آماری دقیقی از جامعه آماری در دسترس نبود از فرمول نمونه‌گیری مجهول استفاده گردید و براساس این فرمول و با سطح اطمینان ۹۵ درصد و با ۷۰ درصد احتمال وجود صفت در جامعه تعداد ۱۹۸ نفر به‌عنوان نمونه تحقیق جهت مراجعه و تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند؛ بنابراین نمونه آماری تحقیق ۱۹۸ نفر خبرگان و آگاهان محلی و مسئولان و کارشناسان سازمان میراث فرهنگی، صنایع‌دستی و گردشگری شهرستان مشگین‌شهر و همچنین دهیاران و شوراهای اسلامی روستاهای دارای پتانسیل گردشگری سلامت مانند آبگرم، معدنی، چشمه و ... می‌باشند. پایایی پرسشنامه با استفاده از *آلفای کرونباخ* بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸۱ محاسبه گردید که بیانگر مطلوب

بودن ابزار تحقیق است. در نهایت جهت تحلیل داده‌های اخ شده از مطالعات میدانی و نیـز در مسیر پاسخگویی به سوالات تدوین شده، از نرم افـزارSPSS و از آمـار توصـیفی (میـانگین و انحراف معیار و واریانس) و استنباطی (آزمون تی‌تک نمونه‌ای، فریدمن همبسـتگی، رگرسـیون و تحلیل مسیر) استفاده شده است.

**جدول۲. متغیرهای سنجش میزان توسعهٔ گردشگری سلامت**

مأخذ: گل‌شیری و همکاران ۱۳۹۳؛ ریدر استات و همکاران، ۲۰۱۸؛ ملکی و توانگر، ۱۳۹٤؛ صفرآبادی و احمدی‌پور، ۱۳۹۸؛ پلوئی و همکاران، ۱۳۹۸

| شاخص | متغیرها |
|---|---|
| طبیعی | تنوع جاذبهٔ طبیعی در سطح شهرستان، تعدد چشمه‌های آبگرم و معدنی، وجود گونه‌های گیاهی و جانوری متعدد، وجود زیبای طبیعی در پیرامون روستاها، وجود فضای سبز در پیرامون آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی. |
| زیرساختی و خدماتی | وجود مراکز پذیرایی مناسب در محدوده آبگرم‌ها و آب‌های معدنی، دسترسی به مراکز خرید در محدوده آنها، وجود تابلوی راهنمای مناسب جهت یافتن آبگرم‌ها و آب های معدنی، وجود پایانه مسافربری در سطح شهرستان، دسترسی آسان به وسیلهٔ نقلیه، کیفیت راه‌های ارتباطی، دسترسی به آب آشامیدنی و برق، وجود سیستم جمع‌آوری و دفن زباله و سطل، وجود مکانی برای استقرار چادرهای شخصی، وجود هتل یا اقامتگاه‌های مناسب در سطح شهرهای شهرستان |
| نیروی انسانی | وجود کادر خدماتی در محدودهٔ جاذبه‌های گردشگری سلامت، وجود افرادی به عنوان ناجی در محل آبگرم‌ها، گذارندن آموزش‌های تکمیلی و مرتبط با کار به کارکنان آبگرم‌های و چشمه‌های معدنی |
| امکانات فیزیکی | دسترسی به توالت یا دستشویی در محل جاذبه، دسترسی به خطوط اینترنت، وجود سیستم تهویه‌ی مطبوع، دسترسی به بوفه جهت تهیه مواد غذایی، دسترسی به پارکینگ مطمئن برای خوروها، وجود میز آرایش و سشوار، دسترسی به فروشگاه لوازم مورد نیاز استخر (مایو، حوله و ...)، دسترسی به عذاخوری و هتل آپارتمان |

**جدول۳. متغیرها و شاخص‌های تحقیق ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی**

مأخذ: کریم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵؛ رضوانی، دربان‌آستانه و احمدآبادی، ۱۳۹٤؛ قدیری‌معصوم، ضیاء و خراسانی، ۱۳۸۹؛ عینالی، ۱۳۹۳؛ فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ گاتمن و اندرسون[1]، ۲۰۱٦؛ جرکو[2]، ۲۰۱٤

| ابعاد | شاخص | مولفه |
|---|---|---|
| اقتصاد روستایی | اشتغال | ایجاد فرصت‌های شغلی غیرکشاورزی؛ افزایش زمینه‌های اشتغال؛ افزایش انگیزه جهت بهبود وضعیت کار و فعالیت؛ افزایش نرخ اشتغال مردان و زنان؛ افزایش میزان اشتغال در زمینهٔ خدماتی، ایجاد زمینه‌های اشتغال اینترنتی |
| | درآمد | افزایش میزان درآمد روستاییان؛ افزایش قیمت اراضی کشاورزی در پیرامون آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی؛ افزایش میزان قیمت کالاها و تولیدات محلی و صنایع دستی؛ پایداری و افزایش قیمت مسکن و زمین در روستاهای پیرامون آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی؛ افزایش تنوع در منابع درآمدی روستاییان |
| | سرمایه گذاری | میزان دسترسی روستائیان به خدمات مالی و اعتباری؛ افزایش فرصت‌های پس‌انداز خانوارهای روستایی شاغل در آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی؛ میزان سرمایه گذاری در مشاغل گردشگری سلامت؛ میزان سرمایه‌گذاری‌های غیر دولتی در زمینهٔ توسعه در پیرامون آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی، میزان سرمایه‌گذاری در ایجاد خدمات فراغتی و رفاهی |
| | تولید | تغییر نوع تولید برای فروش و بازاریابی محصولات تولیدی روستاییان؛ افزایش تولید در واحد سطح اراضی؛ افزایش تولید صنایع دستی موجود در روستاها؛ افزایش انگیزه جهت تولید محصولات باغی و زراعی به روش مکانیزه و آبیاری تحت فشار؛ توسعه و افزایش حجم مبادلات اقتصادی با خارج از روستا |
| | خدمات | افزایش خدمات مرتبط با ماشین (پارکنیگ، تعویض روغنی، مکانیکی و ...)، افزایش خدمات رفاهی و اقامتی (هتل آپارتمان، غذا خوری، هتل، اغذیه فروشی)، ایجاد بوفه و سوپومارکت، افزایش بنگاه‌های اقتصادی خرد و املاک، فروشگاه لوازم مورد نیاز استخر (مایو، حوله و ...)، افزایش خدمات بهداشتی و درمانی. |
| | تنوع بخشی | ایجاد مشاغل دوم مانند زنبورداری، دامداری، پرورش ماهی و...؛ ایجاد کارگاه‌های فرآوری محصولات کشاورزی؛ توسعهٔ کشت جایگزین و کشت محصولاتی با نیاز آبی کم؛ کسب درآمد از طریق اجاره دادن مسکن، تهیه و فروش گیاهان داروئی خودرو، تهیه و فروش محصولات دامی برای گردشگران سلامت، تهیه و فروش نهاده‌ها و محصولات کشاورزی |

1 .Gautam & Andersen
2. Jarkko

**٤. مبانی نظری**

گردشگری سلامت قدمتی هزاران ساله دارد و از لحاظ تاریخی به زمان ایران باستان، مصر، یونان و روم باستان باز می‌گردد که در آن زمان مردم جهت تسکین و التیام درد مفاصل به چشمه‌های آبگرم معدنی به‌عنوان یک مکان مقدس سفر می‌کردند (ریدر استات و همکاران، ۲۰۱۸، ص. ۲). در زمان مدرن (حال حاضر) نیز، بسیاری از کشورها تلاش کرده‌اند (یا هنوز هم تلاش می‌کنند) تا گردشگری سلامت را به‌عنوان یک محصول با ارزش گردشگری برای گسترش و گسترش پایه‌های گردشگری خود توسعه و ترویج دهند (OECD, 2016). بر اساس تعریف سازمان جهانی گردشگری (WTO)، گردشگری سلامت عبارت است: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های درمانی آب وهوا یا مداخلات پزشکی) منجر می‌شود و در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از ٢٤ ساعت است به طول می‌انجامد (صفرآبادی و احمدی‌پور، ۱۳۹۸، ص. ۲۳۲). براساس این تعریف، گردشگری سلامت سفری است که به‌منظور درمان بیماری‌های روحی و جسمی و انجام نوعی از عمل‌های جراحی به دهکده‌های سلامت و اسپاها (مراکز آبگرم و معدنی) صورت می‌پذیرد (شیخ‌الاسلامی، ١٣٨٦، ص. ۳۱). به تعریفی دیگر، گردشگری سلامت عبارت است از «کلیهٔ فعالیت‌های مربوط به اقامت و سایر سازمان‌هایی که هدف آنها» بهبود سلامتی، محافظت از سلامتی و یا احیای سلامت افراد و استفاده از عنصر تعطیلات در فرآیندهای تهیه مراقبت‌های بهداشتی است (ساواشان و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱۹۷). با توجه به تعاریف فوق می‌توان گفت، هدف اصلی گردشگری سلامت این است که بیمار به‌منظور مراقبت‌های پزشکی به‌جای دیگر سفر کند (والری کروکز، ترنر، سیندر، جانستون وکینگبری[1]، ۲۰۱۱، ص. ۷۳۰ ).

همان‌طوری که اشاره شد، گردشگری سلامت یکی از کهن‌ترین اشکال گردشگری است که از دیرباز در بین جوامع باستان رواج داشته است (گردشگری سلامت، ۱۳۹۰). به‌عنوان نمونه، ایرانیان ساکن در حوزه‌های آب‌های معدنی و زائران قرون وسطی با هدف یافتن حقیقت معنوی و یا طبقات مرفه اروپا در قرون ۱۸ و ۱۹ با شناختی که از ویژگی‌های آب‌ها داشتند برای بازیابی سلامت خویش به مناطق آب‌های معدنی سفر می‌کردند. با شکل‌گیری

1. Valorie Crooks,Turner, Snyder, Johnston & Kingsbury

گردشگری و تخصصی شدن آن، در دهه‌های اخیر رشد بی‌سابقه‌ای در توجه به این صنعت در جهان به‌وجود آمده است که نه تنها منجر به گسترش مراکز سلامتی، همچون دهکده‌های سلامت، مجتمع‌های آبگرم و معدنی و محیط‌های بکر و آرام شده است (اسمیت و کلی، ۲۰۰۶؛ به نقل از گل‌شیری و همکاران، ۱۳۹۳، ص. ۱۲). بلکه باعث اختصاص سهم قابل توجهی از درآمد و بازار اشتغال صنعت گردشگری به این بخش گردیده است، به‌طوری‌که در سال ۲۰۰۶ ارزش کل بازار گردشگری پزشکی که یکی از زیر بخش‌های گردشگری سلامت است، بیش از ۵۶ میلیارد دلار برآورد شده است (کانل، ۲۰۰۶) . بنابراین، گردشگری سلامت را می‌توان به گردشگری درمانی، گردشگری صحت و گردشگری پیش‌گیرانه (منوچهری و محمدی، ۱۳۹۸، ص. ۱۰۲) تقسیم‌بندی نمود.

-گردشگری درمانی: سفر برای درمان خاص یا عمل در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی خارج از کشور مبدأ (با میانگین اقامت ۲ هفته) است (هاراشه[1]، ۲۰۰۲، ص. ۳٤۵). مداخلات پزشکی در گردشگری درمانی وجود دارد. بیمار (با بیماری مزمن یا حاد) برای حل مشکلات درمانی خود یا از روش‌های پزشکی معمول و متعارف بهره می‌برد و یا از درمان‌ها و روش‌هایی که از نظر دانشمندان روش‌های غیر علمی خوانده می‌شوند (گل‌شیری و همکاران، ۱۳۹۳، ص. ١٤).

-گردشگری صحت یا تندرستی: که به آن گردشگری شفابخش نیز گفته می‌شود. در این نوع گردشگری از امکانات طبیعت (آب‌های معدنی، دریاچه‌های نمک، لجن‌های طبی، شنزارهای رادیو اکتیو، حمام‌های گیاهی، خورشید و آب و هوا و مانند آن) استفاده می‌شود. بیماران (گردشگران) با هدف درمان یا رفع نارسایی جسمی سفر کرده و ممکن است تا ماه‌ها در مقصد بمانند. همچنین بیمارانی که دوره‌ی نقاهت خود را می‌گذرانند، نیز با استفاده از برنامه‌ی مراقبت‌های که پزشک معالج در نظر می‌گیرد می‌توانند با استفاده از امکانات طبیعت بهبود خود را تسریع بخشند (هراشه، ۲۰۰۲؛ پلوئی و همکاران، ۱۳۹۸، ص. ٦).

1. Harahsheh

-گردشگری پیشگیرانه: در این نوع گردشگری تمام منابع طبیعی و هدف از سفر، مشابه گردشگری صحت است با این تفاوت که افراد، ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند بلکه در واقع، از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می‌کنند (هاراشه، ۲۰۰۲).

در این تحقیق بیشتر گردشگری صحت و تندرستی مورد تأکید است که اغلب مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپاها) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخلهٔ و نظارت پزشکی را شامل می‌شود (ملکی و توانگر، ١٣٩٤، ص. ١٥٦). با توجه به گزارش سازمان جهانی گردشگری در سال ٢٠١٨، قاره‌های اروپا، آسیا و اقیانوسیه، آمریکا، آفریقا و خاورمیانه به‌ترتیب ۵۱ درصد، ٢٤ درصد، ١٦ درصد، ۵ درصد و ٤ درصد از سهم گردشگران دنیا را به‌خود اختصاص داده‌اند که در این میان آسیا و اقیانوسیه با میانگین رشد سالانهٔ ورود گردشگر به میزان ٦/٤ درصد نسبت به سایر قاره‌ها از رشد بالایی برخوردار بوده و آفریقا و خاورمیانه، به‌ترتیب با میانگین رشد ۵ درصد و ٤/٧ درصد، در جایگاه دوم و سوم قرار دارند که با توجه به میانگین رشد سالانهٔ گردشگری در جهان (٤/٩ درصد) نشان از پتانسیل بالقوه و ظرفیت بالای توسعهٔ گردشگری در این مناطق دارد (پلوئی و همکاران، ١٣٩٨، ص. ٦). در همین‌راستا، ظرفیت و پتانسیل‌های کشور و پراکندگی آن‌ها در سراسر کشور نشان از وجود مزیت‌رقابتی در حوزهٔ گردشگری سلامت دارد. چشمه‌های آب‌گرم و معدنی (وجود بیش از ۱۰۰ چشمهٔ آب‌گرم و معدنی در استان‌های آذربایجان‌غربی و شرقی، مازندران، سیستان‌وبلوچستان و ... با خواص درمانی گوناگون)، نمک غار درمانی یا نمک درمانی در محدودهٔ خلیج‌فارس، زاگرس، قم، سمنان، کرمان، یزد و آذربایجان و لجن‌درمانی همگی از جملهٔ ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های بالقوهٔ کشور در حوزهٔ گردشگری سلامت به‌شمار می‌روند (دستغیب، ١٣٩٦، ص. ٤). به‌طور کلی گردشگری در ایران، با وجود کیفیت بالا و مقرون به صرفه از لحاظ خدمات بهداشتی، موفق به کسب جایگاه مناسب خود در بازار شده است، عمدتاً به علت فقدان استراتژی‌های تبلیغاتی مناسب، در نتیجه این صنعت نوپا هنوز در مراحل اولیهٔ خود قرار دارد. همان‌طورکه در برنامه‌ریزی ملی بیان می‌شود، دولت باید با پایان دادن به برنامه چهارم توسعه، از طریق صادرات کالاها، خدمات بهداشتی و گردشگری پزشکی ۳۰ درصد از نیازهای بهداشت کشور را تأمین کند. با

این حال، توسعهٔ صنعت گردشگری پزشکی در ایران ممکن است مسائلی مانند مشکلات کارگزاری (مزد دلالی) را ایجاد کند که به توجه جدی نیاز دارد. علاوه بر این، رسانه‌ها در ایران باید فرهنگ مردمی را نسبت به پذیرش گردشگران کشورهای مختلف هدایت کنند، بعلاوه باید توجه بیشتری به تبلیغ در رسانه‌های بین المللی برای ترویج جذب گردشگران از بسیاری از کشورها پرداخته شود (عظیمی، محمودی و اسماعیلی، ۲۰۱۷، صص. ۹۱–۹۰).

بررسی ادبیات توسعهٔ گردشگری سلامت روستایی گویای این واقعیت است که توسعه و شکوفایی گردشگری باعث ارتقای شاخص های توسعهٔ روستایی از جمله رفاه اجتماعی از منظر بهبود الگوی مصرف خانوارهای روستایی، رضایتمندی شغلی، تقویت سرمایه روانشناختی، تقویت مشارکت اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی، افزایش میزان درآمد، هویت بخشی به صنایع دستی روستایی، ارتقای خدمات روستایی، ارتقای کمیت و کیفیت زیرساخت‌های روستایی و ... در مناطق روستایی می‌شود و گردشگری امتیازات قابل ملاحظه‌ای برای نواحی روستایی از طریق توسعهٔ درآمدهای زیرساختی ایجاد می‌کند. به طوری که گردشگری در سطح محلی برای صاحبان تجارت با سرمایهٔ اندک امکان رشد را فراهم می‌سازد و از طرفی در کنار فعالیت‌هایی مانند کشاورزی، تاثیر مطلوبی در افزایش درآمد خانواده دارد (اسماعیلی، ۱۳۸۱).

### ٤. ١. محدوده مورد مطالعه

شهرستان مشگین‌شهر از شهرستان‌های استان اردبیل است که در شمال غربی ایران با آب-هوای کوهستانی در دامنهٔ کوه سبلان واقع شده است. این شهرستان به جهت واقع شدن در دامنهٔ سبلان، از طبیعتی زیبا و آب و هوایی خنک و آب‌های معدنی فراوان برخوردار است. مشگین‌شهر، که بی‌شک می‌توان آن را قطعه‌ای از بهشت نامید، با قرارگیری در ارتفاع بالا و نزدیکی به کوه سبلان ٤٨١١ متری همواره از طبیعتی زیبا و دلنشین و آب و هوایی مطلوب برخوردار بوده است. هوای این شهرستان در فصول گرم، بسیار خنک و در فصول سرد، یخبندان است. وجود بیش از ۱۰ چشمه طبیعی آبگرم، ۱۱ مجتمع آب‌درمانی، گردشگاه‌های فراوان طبیعی (آبشار، رودخانه، جنگل، بیشه‌زار، دشت، مناظر صخره ای و ...)، بیش از ٦٠٠ اثر باستانی و تاریخی، سایت‌های متعدد پرواز با پاراگلایدر و نیز مجموعه پل معلق که

بی‌نظیرترین پل پیاده‌رو در خاورمیانه می‌باشد، همه ساله گردشگرهای بسیار زیادی را از سرتاسر ایران و دنیا به سوی این شهرستان جذب می‌کند. به‌طوری‌که می‌توان آن را یکی از قطب‌های مهم گردشگری ایران نامید. همان‌طوری که گفته شد، این شهرستان دارای بیش از ۱۰ چشمهٔ معدنی است که به فاصله تقریبی ۱۹ کیلومتری از مرکز شهرستان مشگین‌شهر قرار دارند. مهمترین چشمه‌ها و آبگرم‌های این شهرستان عبارت‌اند از: مول‌سویی، توش‌سو، دودو، ایلاندو، قوتورسویی، آب معدنی انزان، آبگرم شابیل، آبگرم قینرجه و غیره. به‌همین جهت این شهرستان در طول سال میزبان گردشگران و مسافران زیادی از سراسر کشور و حتی خارج از کشور می‌باشد. یکی از مهمترین جاذبه‌های گردشگری سلامت که باعث رونق صنعت اکوتوریسم مشگین‌شهر شده، چشمه آبگرم قینرجه می‌باشد که به داغ‌ترین چشمه‌ی آبگرم جهان نیز مشهور بوده و در دامنهٔ کوه سبلان واقع شده است (سازمان گردشگری و میراث فرهنگی شهرستان مشگین‌شهر، ۱۳۹۹) (شکل ۲).




**شکل ۲. موقعیت سیاسی شهرستان مشگین‌شهر**

**۵. یافته‌های تحقیق**

یافته‌های توصیفی تحقیق نشان داد، از بین ۱۹۸ نفر پاسخگوی تحقیق ٨٦/٤ درصد مرد و ١٣/٦ درصد نیز زن بودند. از نظر سنی نیز بیشترین تعداد پاسخگویان در ردهٔ سنی ۳۱ الی ٤٠ سال با ۲۸/۳ درصد و رده سنی ٤١ الی ۵۰ سال با ۲۱/۲ سال سن قرار داشتند. از نظر تاهل نیز ٦٨/٢ درصد متأهل و بقیه مجرد بودند. از لحاظ سطح سواد نیز اغلب پاسخگویان با ٤٧/٥ درصد به جهت اینکه خبرگان محلی، کارشناسان، مدیران روستایی و دهیاران بودند، سطح سوادی بالاتر از دیپلم داشتند. نتایج از نظر فعالیت نیز نشان داد، اغلب پاسخگویان تحقیق ٤٥/٥ درصد در مشاغل کشاورزی (دامداری، زراعت، باغداری، پرورش ماهی، پرورش زنبورعسل و ...) مشغول فعالیت بودند و در این میان نیز ۱۵/۷ درصد نیز بیکار بودند که عمدتاً خبرگان روستایی و شوراهای اسلامی بودند که دانشجوی فارغ‌التحصیل بودند و در شرایط فعلی شغلی نداشتند.

**۵. ۱. وضعیت گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر**

در ابتدا جهت بررسی و تحلیل وضعیت شاخص‌های گردشگری سلامت (در ابعاد طبیعی، زیرساختی و خدماتی، نیروی انسانی و امکانات فیزیکی) در شهرستان مشگین‌شهر از آزمون تی‌تک نمونه‌ای استفاده شده است. تحلیل میانگین عددی بر اساس آزمون t تک نمونه‌ای مبین این است، همه ٤ شاخص گردشگری سلامت (پزشکی) طبق میانگین‌های بدست آمده و آماریِ تی بررسی شده در وضعیت مطلوب و بالاتر از مطلوبیت عددی ۳ قرار دارند. در این میان شاخص‌های نیروی انسانی با آماره ١٤/٣٣، زیرساختی و خدماتی با آماره ۷/۲۱ در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارد. این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار و میزان تفاوت آنها از مطلوبیت عددی به‌صورت مثبت برآورد شده است. معناداری این شاخص‌ها نشان می‌دهد، توسعهٔ گردشگری سلامت در محدوده مورد مطالعهٔ اثرات مثبتی در پایداری اقتصادی و افزایش ظرفیت‌های اقتصادی سکونتگاه‌های روستایی داشته و توسعهٔ شاخص‌های گردشگری سلامت و افزایش مراجعه گردشگران به این محدوده می‌تواند زمینه را برای پایداری اقتصادی

و ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی در شهرستان مشگین‌شهر به‌عنوان یکی از قطب‌های گردشگری استان اردبیل فراهم سازد (جدول ٤).

**جدول٤. بررسی شاخص‌های گردشگری سلامت با استفاده از آزمون tاز دیدگاه جامعهٔآماری**

ماخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| مطلوبیت عددی مورد آزمون = ۳ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شاخص‌ها | میانگین | آماره آزمون T | درجهٔ آزادی | معناداری | تفاوت میانگین | فاصلهٔ اطمینان ۹۵ درصد: حد پائین | فاصلهٔ اطمینان ۹۵ درصد: حد بالا |
| طبیعی | ۱۳/۳ | ۳/۹۹ | ۱۹۷ | ۰. ۰۰۰ | ۰/۱۳۲ | ۰/۰٦۷ | ۰/۱۹۷ |
| زیرساختی و خدماتی | ١٦/۳ | ۷/۲۱ | ۱۹۷ | ۰. ۰۰۰ | ۰/١٦١ | ۰/۱۱۷ | ۰/۲۰۵ |
| نیروی انسانی | ٥۱/۳ | ١٤/۳۳ | ۱۹۷ | ۰. ۰۰۰ | ۰/٥۰۸ | ۰/٤۳۸ | ۰/٥۷۸ |
| امکانات فیزیکی | ۳/۰۹ | ۲/۳۷ | ۱۹۷ | ۰. ۰۱۹ | ۰/۰۸۲ | ۰/۰۱۳ | ۰/۱٥۰ |

در ادامه نیز با استفاده از آزمون رتبه‌ای *فریدمن* اقدام به رتبه‌بندی شاخص‌های گردشگری سلامت در محدودهٔ مورد مطالعه، شده است. نتایج نشان داد، شاخص نیروی انسانی با میانگین رتبه‌ای ۳. ۱٥ در رتبهٔ نخست و شاخص امکانات فیزیکی با میانگین رتبه‌ای ۲. ۰۱ در رتبهٔ آخر قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت این شاخص‌ها از همگنی خوبی برخوردار هستند و می‌توانند در زمینهٔ جذب گردشگران سلامت از نقاط مختلف ایران و دنیا مفید واقع شوند و از نظر جامعهٔ آماری وجود نیروی انسانی کافی و زیرساخت‌ها و خدمات کافی می‌تواند زمینه را برای توسعهٔ گردشگری سلامت در این محدوده فراهم آورد (جدول ٥).

**جدول٥. رتبه‌بندی شاخص‌های گردشگری سلامت با استفاده از آزمون رتبه‌ای فریدمن**

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| شاخص‌های گردشگری سلامت | میانگین | میانگین رتبه‌ای | رتبه |
|---|---|---|---|
| طبیعی | ۳/۱۳ | ۲/۳۰ | ۳ |
| زیرساختی و خدماتی | ۳/١٦ | ۲/٥٤ | ۲ |
| نیروی انسانی | ۳/٥۱ | ۳/۱٥ | ۱ |
| امکانات فیزیکی | ۳/۰۹ | ۲/۰۱ | ٤ |
| N | ۱۹۸ | | |

| | |
|---|---|
| Chi-Square | ۸۷/۸۲۲ |
| Df | ۳ |
| .Asymp. Sig | ۰/۰۰۰ |

**۵. ۲. وضعیت ظرفیت اقتصاد روستایی در شهرستان مشگین‌شهر**

در این قسمت نیز به بررسی و تحلیل وضعیت شاخص‌های اقتصاد روستایی (ظرفیت‌های اقتصادی) در شهرستان مشگین‌شهر از آزمون تیِ تک‌نمونه‌ای استفاده شده است. تحلیل میانگین عددی بر اساس آزمون t تک‌نمونه‌ای مبین این است، میانگین همه شاخص‌های ارتقای ظرفیت اقتصاد روستایی در محدودۀ مورد مطالعه بالاتر از میانگین عددی ۳ برآورد شده است و در این میان شاخص سرمایه‌گذاری با مقدار تی ۱٦/٤٤ و شاخص تنوع‌بخشی اقتصاد روستایی با آماره تی ۷/۵۹ در وضعیت بهتری نسبت به سایر شاخص‌های مورد بررسی قرار دارند و شاخص درآمد با مقدار تی ۱/۰۲ در پایین‌ترین سطح قرار دارد. در این راستا می‌توان گفت، وجود بیش از ۱۰ چشمۀ طبیعی آبگرم، ۱۱ مجتمع آب‌درمانی، گردشگاه‌های فراوان طبیعی (آبشار، رودخانه، جنگل، بیشه‌زار، دشت، مناظر صخره‌ای و ...)، بیش از ٦۰۰ اثر باستانی و تاریخی، سایت‌های متعدد پرواز با پاراگلایدر و نیز مجموعۀ پل معلق که بی‌نظیرترین پل پیاده‌رو در خاورمیانه است، موجب شده تا سرمایه‌گذاری خوبی در زمینۀ توسعۀ گردشگری در این محدوده صورت بگیرد و این امر موجبات تنوع اقتصادی خوبی در این محدوده را ایجاد کرده و شرایط را برای پایداری اقتصاد روستاهای پیرامون جاذبه‌های گردشگری در شهرستان مشگین‌شهر فراهم ساخته است (جدول ٦).

**جدول ٦. بررسی شاخص‌های ظرفیت‌های اقتصادی با استفاده از آزمون t از دیدگاه جامعۀ آماری**

ماخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| مطلوبیت عددی مورد آزمون = ۳ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شاخص‌ها | میانگین | آماره آزمون T | درجۀ آزادی | معناداری | تفاوت میانگین | فاصله اطمینان ۹۵ درصد | |
| | | | | | | حد پائین | حد بالا |
| اشتغال | ۳/۰۸ | ۲/۵۲ | ۱۹۷ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۸٦ | ۰/۰۱۸۹ | ۰/۱۵٤ |
| درآمد | ۳/۰۳ | ۱/۰۲ | ۱۹۷ | ۰/۳۰۹ | ۰/۰۳۹ | −۰/۰۳٦ | −۰/۱۱٤ |

| مطلوبیت عددی مورد آزمون = ۳ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شاخص‌ها | میانگین | آماره آزمون T | درجهٔ آزادی | معناداری | تفاوت میانگین | فاصله اطمینان ۹۵ درصد | |
| | | | | | | حد پائین | حد بالا |
| سرمایه‌گذاری | ۳/۲۱ | ١٦/٤٤ | ۱۹۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۱۹ | ۰/۱۹۲ | ۰/٢٤٥ |
| تولید | ۳/۱۵ | ۷/۰۹ | ۱۹۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۵۷ | ۰/۱۱۳ | ۰/۲۰۱ |
| خدمات | ۳/۰۵ | ۱/۳۵ | ۱۹۷ | ۰/۱۷٦ | ۰/۰۵۰ | -۰/۰۲۲ | ۰/۱۲۳ |
| تنوع‌بخشی | ۳/۱۷ | ۷/۵۹ | ۱۹۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۷٤ | ۰/۱۲۹ | ۰/۲۱۹ |

در ادامه نیز با استفاده از آزمون رتبه‌ای فریدمن اقدام به رتبه‌بندی شاخص‌های ظرفیت‌های اقتصادی در سکونتگاه‌های روستایی در محدوده مورد مطالعه، شده است. نتایج حاصله نشان داد، شاخص سرمایه‌گذاری با میانگین رتبه‌ای ٤/٢٥ و تنوع‌بخشی اقتصادی با میانگین رتبه‌ای ٤/٠٧ در رتبه‌های نخست و شاخص درآمد در رتبه آخر قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت این شاخص‌ها از همگنی خوبی برخوردار هستند و می‌توانند در زمینهٔ ارتقای ظرفیت-های اقتصادی در راستای گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر مفید واقع شوند (جدول ۷).

**جدول۷. رتبه‌بندی شاخص‌های ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی با استفاده از آزمون رتبه‌ای فریدمن**

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| شاخص‌های ظرفیت اقتصادی | میانگین | میانگین رتبه‌ای | رتبه |
|---|---|---|---|
| اشتغال | ۳/۰۸ | ۳/۰۹ | ۵ |
| درآمد | ۳/۰۳ | ۲/۹۳ | ٦ |
| سرمایه گذاری | ۳/۲۱ | ٤/۲۵ | ۱ |
| تولید | ۳/۱۵ | ۳/۵۵ | ۳ |
| خدمات | ۳/۰۵ | ۳/۱۱ | ٤ |
| تنوع بخشی | ۳/۱۷ | ٤/۰۷ | ۲ |
| N | ۱۹۸ | | |
| Chi-Square | ۸۹/۱۷۲ | | |
| Df | ۵ | | |
| Asymp. Sig. | ۰/۰۰۰ | | |

پس از بررسی وضعیت شاخص‌های گردشگری سلامت و ظرفیت‌های اقتصادی سکونتگاه‌های روستایی در ادامه به بررسی رابطهٔ معنادار این دو شاخص با استفاده از آزمون همبستگی *اسپیرمن* شده است. برای معنادار بودن رابطهٔ بین متغیرها از طریق ضریب همبستگی اسپیرمن، اگر سطح معناداری آزمون (sig) کمتر از ۵ درصد باشد، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان رابطهٔ دو متغیر را ثابت نمود. بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهد، بین توسعهٔ گردشگری سلامت و ظرفیت‌های اقتصادی (اشتغال، درآمد، سرمایه‌گذاری، تولید، تنوع اقتصادی، خدمات) در سطح ۰/۰۵ درصد آلفا رابطهٔ معناداری وجود دارد. چنانچه توسعهٔ هر کدام از این شاخص‌ها موجبات توسعهٔ شاخص بعدی را فراهم خواهد ساخت و به‌طور کلی اقتصاد روستایی را در وضعیت مطلوب و رو به پایداری و توسعهٔ پایدار قرار خواهند داد (جدول ۸).

**جدول۸. سنجش میزان همبستگی میان گردشگری سلامت و ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی**

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۳۹۹

| ابعاد | همبستگی اسپیرمن | گردشگری سلامت | ظرفیت اقتصادی | فراوانی |
|---|---|---|---|---|
| گردشگری سلامت | ارزش همبستگی | ۱ | ۱۷٦/۰* | ۱۹۸ |
| | سطح معناداری | ۰ | ۰/۰۰۰ | |
| ظرفیت‌های اقتصادی | ارزش همبستگی | ۱۷٦/۰* | ۱ | |
| | سطح معناداری | ۰/۰۰۰ | ۰ | |

(*) معناداری هبستگی در سطح ۰. ۰۵ (مأخذ: یافته‌های تحقیق)

### ۵. ۳. اثرات گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی

با توجه به وجود رابطهٔ معنادار بین این شاخص‌ها طبق آزمون آماری فوق، در این قسمت از پژوهش به بررسی اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت (آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی) در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی در شهرستان مشگین‌شهر پرداخته شده است. در این راستا، مدل *برازش رگرسیونی* شاخص‌های گردشگری سلامت در ابعاد ظرفیت‌های اقتصادی روستاییان در محدودهٔ مورد مطالعه از دیدگاه خبرگان و کارشناسان نشان داد که توسعهٔ گردشگری سلامت در این منطقه حدود ۰/٤٤ درصد تأثیر مثبت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی روستاها

در ابعاد اشتغال، درآمد، تنوع بخشی، خدمات، تولید و ... داشته است. همچنین باید توجه به اینکه ضریب دوربین *واتسون* بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار دارد، می‌توان معادله رگرسیونی را انجام داد (جدول ۹).

**جدول۹. تحلیل واریانس اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی**

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| دروبین واتسون | اشتباه معیار | ضریب تعیین تصحیح شده | ضریب تعیین | R |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ۱/۹۶ | ۰/۲۵۸ | ۰/۱۶۹ | ۰/۱۹٤ | ۰/٤٤۱ |

با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS و با استفاده واریانس خطی، عوامل و شاخص‌های تأثیرگذار در ظرفیت‌هایی اقتصاد روستایی در راستای توسعهٔ گردشگری سلامت مشخص گردید و نتایج حاصله حکایت از آن دارد که کل ابعاد اشتغال، درآمد، سرمایه‌گذاری، تولید، تنوع‌بخشی، خدمات و ... کاملاً معنادار می‌باشد (جدول ۱۰). معناداری در این قسمت به معنی این است که می‌توان معادلهٔ رگرسیون خطی را ادامه داد.

**جدول ۱۰. تحلیل واریانس وجود رابطه خطی بین گردشگری و ظرفیت‌های اقتصاد روستایی**

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| مؤلفه‌ها | مجموع مربعات | درجهٔ آزادی | میانگین مربعات | F | معناداری |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اثر رگرسیونی | ۳/۰٦۷ | ٦ | ۰/۵۱۱ | ۷/٦۷۱ | ۰/۰۰۰ |
| باقیمانده | ۱۲/۷۲ | ۱۹۱ | ۰/۰٦۷ | | |
| کل | ۱۵/۷۹ | ۱۹۷ | | | |

در این قسمت اثرات گردشگری سلامت در هر یک از متغیرهای وابسته تحقیق بررسی شده است. متغیر وابسته در این قسمت ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی می‌باشد و متغیر مستقل نیز شاخص‌های ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی (اشتغال، درآمد، سرمایه‌گذاری، تولید، تنوع بخشی و خدمات) می‌باشد. به‌همین جهت و همچنین قضاوت در مورد سهم و نقش هریک از این متغیر مستقل در تبیین متغیر وابسته را به مقادیر *بتا* (Beta) سپرده شد. زیرا این مقادیر «استاندارد شده» بوده و امکان مقایسه و تعیین سهم نسبی هر یک از متغیرها را

فراهم می‌سازد. با توجه به ضریب بتا به‌دست آمده در این تحقیق، توسعهٔ گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر در شاخص سرمایه‌گذاری با مقدار بتای ۰/۳۴۸ و شاخص اشتغال با مقدار بتای ۰/۱۱۸ بیشترین تأثیر و در شاخص‌های تولید با ۰/۳۲٤- و خدمات با ۰/۰۱۸- تاثیر کمتری نسبت بقیه شاخص‌ها داشته است (جدول ۱۱).

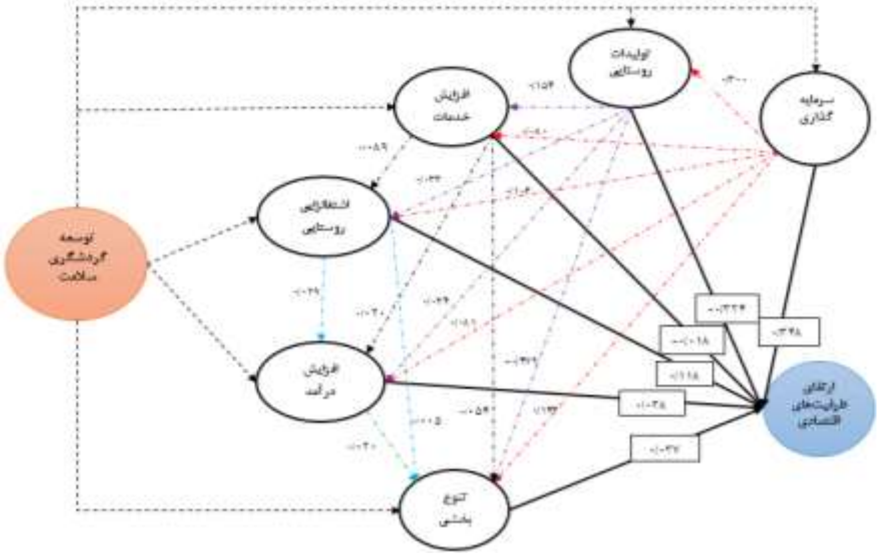
**جدول۱۱. اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی**

**مأخذ:** یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| متغیرها | ضریب غیر استاندارد | | ضرب استاندارد | T | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | خطای استاندار | BETA | | |
| عرض از مبدا | ۱/۲۷٦ | ۰/٤٥٦ | | ۲/۷۹٦ | ۰/۰۰۰ |
| اشتغال | ۰/۰٦۹ | ۰/۰۳۸ | ۰/۱۱۸ | ۱/۷۹۹ | ۰/۰۷٤ |
| درآمد | ۰/۰۲۰ | ۰/۰۳٤ | ۰/۰۳۸ | ۰/٥۹۰ | ۰/٥٥٦ |
| سرمایه | ۰/٥۲٦ | ۰/۰۱۳ | ۰/۳٤۸ | ٥/۱۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| تولید | −۰/۲۹۳ | ۰/۰۷۰ | −۰/۳۲٤ | −٤/۱٦٤ | ۰/۰۰۰ |
| خدمات | −۰/۰۱۰ | ۰/۰۳٦ | −۰/۰۱۸ | ۰/۲۷۷ | ۰/۷۸۲ |
| تنوع اقتصادی | ۰/۰۳۲ | ۰/۰٦٦ | ۰/۰۳۷ | ۰/٤۹۳ | ۰/٦۲۳ |

** متغیر وابسته (ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی)

در ادامه جهت بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم توسعهٔ گردشگری سلامت (پزشکی) و استفاده از آبگرم‌ها (مجتمع‌ها) و چشمه‌های معدنی در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی روستاهای پیرامون از آزمون تحلیل‌مسیر استفاده شد. برای انجام تحلیل مسیر ابتدا بین متغیر وابسته (ارتقای ظرفیت اقتصادی) و متغیرهای مستقل توسعهٔ گردشگری رگرسیون گرفته شد و در بقیه مراحل هر یک از شاخص‌ها که بیشترین ضریب بتا (BETA) را داشته‌اند به‌عنوان متغیر وابسته و سایر عوامل متغیر مستقل فرض شده است. در شکل ۳ میزان و نوع تاثیر (مستقیم و غیرمستقیم) هریک از متغیرهای مستقل و وابسته نشان داده شده است.




**شکل۳. تحلیل مسیر اثرات توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی روستاها**

یافته‌های حاصل از مدل تحلیل‌مسیر نشان داد که اثـر مسـتقیم شـاخص تولیـد بـر ارتقـای ظرفیت‌های اقتصادی کمتر از ابعاد دیگر بوده و شـاخص تنـوع اقتصـادی نیـز بیشـترین تـأثیر مستقیم را داشته است. افزون بر این، شاخص تنوع اقتصادی بر همه شاخص‌ها تـأثیر داشـته و از طریق همهٔ شاخص‌ها به‌طور غیرمستقیم بر ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی مؤثر بوده است. در همین راستا، تأثیر کلی هر یک از ابعاد در جدول ۱۲ ارائه شده است.

**جدول ۱۲. سنجش میزان اثرات مستقیم و غیر مستقیم توسعهٔ گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی**

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۹

| متغیرها | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کلی | اولویت بندی |
|---|---|---|---|---|
| اشتغال | ۰/۱۱۸ | ۰/۰۰۱۲ | ۰/۱۱۹ | ۲ |
| درآمد | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۰۷ | ۰/۰۳۸۷ | ۳ |
| سرمایه | ۰/۳٤۸ | ‎−۰/۰۷۷ | ۰/۲۷۱ | ۱ |
| تولید | ‎−۰/۳۲٤ | ‎−۰/۰۱۵۲ | ‎−۰/۳۳۹ | ٦ |
| خدمات | ‎−۰/۰۱۸ | ۰/۰۱۲٦ | ‎−۰/۰۰٥٤ | ٥ |
| تنوع اقتصادی | ۰/۰۳۷ | – | ۰/۰۳۷ | ٤ |

به طور کلی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم توسعهٔ گردشگری سلامت (استفاده از آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی) شهرستان مشگین‌شهر با استفاده از آزمون تحلیل مسیر به‌دست آمد (جدول ۱۱). نتایج حاصله نشان داد، بیشترین اثر کلی توسعهٔ گردشگری سلامت در محدودهٔ مورد مطالعه مربوط به شاخص سرمایه‌گذاری در روستاهای دارای جاذبه با میزان (۰/۲۷۱) و شاخص اشتغال با میزان اثر کلی ۰/۱۱۹ بر اساس نظر جامعه آماری بوده و کمترین اثر کلی نیز، مربوط به شاخص افزایش تولیدات روستایی با میزان (۰/۳۳۹−) می‌باشد. به‌طور کلی با توجه به نتایج آزمون تحلیل مسیر می‌توان گفت که، توسعهٔ مجتمع‌های آبگرم و چشمه‌های معدنی در شهرستان مشگین‌شهر موجب جاری شدن سرمایه‌های مختلف بومی و غیربومی در این مکان‌ها شده است و این امر زمینه را برای افزایش زمینه‌های شغلی به‌خصوص در مشاغل خدماتی و در نتیجه افزایش درآمدهای پایدار روستاییان در روستاهای دارای جاذبهٔ گردشگری فراهم ساخته است. همچنین حضور گردشگران در این محدوده موجب بهبود زیرساخت‌های روستایی، افزایش تولیدات روستاییان در زمینه‌های مختلف و ایجاد زمینه‌های شغلی غیرکشاورزی و به طور کلی تنوع اقتصاد روستایی بر اساس نظر *الیس* (۲۰۰۰) شده است. به عبارت بهتر تقویت این نوع از گردشگری منجر به ایجاد چرخهٔ درآمدی برای روستاییان، افزایش مشارکت، توانمندسازی زنان روستایی و توسعه و بهبود زندگی روستایی شده است. با افزایش سرمایه‌گذاری از مردان و زنان روستایی برای نگهداری و مدیریت مجتمع‌های آب‌درمانی استفاده شده که این فرصت مناسبی برای استفاده از نیروهای بالقوه روستایی و ایجاد مشاغل تازه‌ای از جمله فروش ملزومات شنا، ماساژ درمانی، ورزشهای اصلاحی درون آب و ... شده است. توجه بیشتر به این نوع از گردشگری منجر به احداث اقامت‌های سنتی و روستایی با ایده‌های خلاقانه‌ای مانند طبخ نان محلی و یا تهیه لبنیات در حضور گردشگران شده است. از طرفی رستوران‌ها و کافی‌شاپ‌ها در کنار منوی دائمی خود با ارائهٔ انواع دم‌نوش‌های طبیعی و محصولات خانگی روستاییان توانسته‌اند قابلیت‌های خود در راستای شکوفایی اقتصاد روستایی را جلوه سازند.

### ٦. نتیجه‌گیری

گردشگری سلامت، هرگونه مسافرت برای ارتقای سلامت را در بر می‌گیرد و به‌عنوان یکی از ابعاد گردشگری، به توسعهٔ پایدار روستایی و پویایی اقتصاد کشور کمک می‌نماید. همچنین گردشگری سلامت یک استراتژی ملی در راستای افزایش درآمد کشور و نیز بازوی امنیت ملی است. امروزه گردشگری به‌عنوان صنعتی جذاب و رو به‌رشد مورد توجه می‌باشد و در این حوزه، گردشگری سلامت نیز که با روح و جسم گردشگران در ارتباط است، نوعی از گردشگری است که به‌منظور حفظ، بهبود و حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد انجام می‌شود با توجه به افزایش فشارهای روزمرهٔ فردی و اجتماعی این نوع گردشگری جایگاه ویژه‌ای در انواع دیگر گردشگری پیدا کرده است. در همین‌راستا، هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش و تأثیر گردشگری سلامت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی فضاهای روستایی در شهرستان مشگین‌شهر بوده است؛ بنابراین نتایج حاصل از تحقیق نشان داد، میانگین شاخص‌های نیروی انسانی با آماره ١٤/٣٣، زیرساختی و خدماتی با آماره ٧/٢١ در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارند. همچنین در میان شاخص‌های ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی، شاخص سرمایه‌گذاری در محل جاذبه‌ها و روستاهای پیرامون با مقدار تی ١٦. ٤٤ و شاخص تنوع‌بخشی اقتصاد روستایی با آماره تی ٧. ٥٩ در وضعیت بهتری نسبت به سایر شاخص‌های مورد بررسی قرار گرفته‌اند و شاخص درآمد با مقدار تی ١. ٠٢ در پایین‌ترین سطح قرار دارد. علاو بر این‌ها، بین توسعهٔ گردشگری سلامت و ظرفیت‌های اقتصادی (اشتغال، درآمد، سرمایه‌گذاری، تولید، تنوع اقتصادی، خدمات) در شهرستان مشگین‌شهر استان اردبیل در سطح ٠/٠٥ درصد آلفا رابطه معناداری وجود دارد. چنانچه توسعهٔ هر کدام از این شاخص‌ها موجبات توسعهٔ شاخص بعدی را فراهم خواهد آورد و به‌طور کلی اقتصاد روستایی را در وضعیت مطلوب و رو به پایداری و توسعهٔ پایدار قرار می‌دهد.

همچنین، مدل برازش رگرسیونی شاخص‌های گردشگری سلامت در ابعاد ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی روستاییان در محدوده مورد مطالعه از دیدگاه خبرگان و کارشناسان نشان داد که توسعهٔ گردشگری سلامت در این منطقه حدود ٠/٤٤ درصد تأثیر مثبت در ارتقای ظرفیت‌های اقتصادی روستاها در ابعاد اشتغال، درآمد، تنوع‌بخشی، خدمات، تولید و ... داشته

است و نتایج درباره اثرات مستقیم و غیرمستقیم توسعهٔ گردشگری سلامت (استفاده از آبگرم‌ها و چشمه‌های معدنی) در شهرستان مشگین‌شهر نشان داد، بیشترین اثر کلی توسعهٔ گردشگری سلامت در محدودهٔ مورد مطالعه مربوط به شاخص سرمایه‌گذاری در روستاهای دارای جاذبه با میزان (۰/۲۷۱) و شاخص اشتغال با میزان اثر کلی ۰/۱۱۹ بوده و کمترین اثر کلی نیز، مربوط به شاخص افزایش تولیدات روستایی با میزان (۰/۳۳۹-) می‌باشد؛ بنابراین به‌طور کلی می‌توان گفت، در شهرستان مشگین‌شهر بیش از ۱۰ چشمه طبیعی آبگرم، ۱۱ مجتمع آب‌درمانی وجود دارد که وجود این مجتمع‌های آبگرم و چشمه‌های معدنی در شهرستان موجب جاری شدن سرمایه‌های مختلف بومی و غیربومی در این مکان‌ها شده است و این امر زمینه را برای افزایش زمینه‌های شغلی به‌خصوص در مشاغل خدماتی و در نتیجه افزایش درآمدهای پایدار روستاییان در روستاهای دارای جاذبهٔ گردشگری فراهم ساخته است. همچنین حضور گردشگران در این محدوده موجب بهبود زیرساخت‌های روستایی، افزایش تولیدات روستاییان در زمینه‌های مختلف و ایجاد زمینه‌های شغلی غیرکشاورزی و به‌طور کلی تنوع اقتصاد روستایی شده است. علاوه بر این‌ها توسعهٔ گردشگری سلامت در این شهرستان موجب، افزایش اشتغال‌زایی برای قشر تحصیل‌کرده و افزایش اشتغال کارکنان بخش سلامت، تنوع اقتصادی و خارج شدن از اقتصاد تک محصولی، تحرک اقتصاد روستا و استخدام نیروی جوان روستایی، افزایش سرمایه‌گذاری داخلی و خارجی در محل جاذبه‌ها، تبدیل شدن به قطب گردشگری در منطقه، افزایش تولیدات روستایی در زمینه‌های مختلف کشاورزی، توسعهٔ خدمات و افزایش مشاغل خدماتی و ... شده است. بنابراین نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج تحقیقات گل‌شیری و همکاران (۱۳۹۳)، حسینی‌نژاد و دریاباری (۱۳۹۶)، ناصرپور و همکاران (۱۳۹۷)؛ صفرآبادی و احمدپور (۱۳۹۸)؛ برنستین، کنت، استین و اشل[1] (۲۰۱۶)؛ نیلاشی و همکاران (۲۰۱۹)، میگون (۲۰۱۶)؛ ریدراستات و همکاران (۲۰۱۸) و غیره در زمینه‌های مختلف در یک راستا قرار دارد. همچنین در راستای بهبود وضعیت اقتصاد روستاهای شهرستان مشگین‌شهر و بهبود وضعیت گردشگری سلامت پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌گردد: ۱) ایجاد بازارچه‌ها و بازارها، به‌منظور عرضهٔ محصولات تولیدی روستاییان در کنار

1. Bernstein, Kenett, Epstein &Eshel

مرکز گردشگری سلامت با رویکرد تنوع اقتصادی، ۲) راه‌اندازی هتل آپارتمان‌ها، مراکز اقامتی، پذیرایی و تفریحی، مغازه‌های فروش لوازم شنا و ... در روستاهای پیرامون جاذبه‌های گردشگری سلامت در شهرستان مشگین‌شهر جهت توسعۀ مشاغل خدماتی و پویایی اقتصاد روستایی و جذب سرمایه‌گذار، ۳) توسعۀ کسب و کارهای کوچک با رویکرد صنایع دستی در روستاهای پیرامون جاذبه‌ها و ارتقای ظرفیت‌های اقتصاد روستایی.

## کتاب‌نامه


۱. پلوئی، ک.، فضلی، ص.، درویشی سه تلانی، ف.، بیات، ر. ا.، و قادری، ا. (۱۳۹۸). اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعۀ صنعت گردشگری سلامت ایران در افق ۱٤۱٤ با رویکرد مدل‌سازی ساختاری-تفسیری. *فصلنامۀ گردشگری و توسعه*، *۸*(۳)، ۲۹-۱.

۲. حسینی‌نژاد، س. ر.، و دیاباری، س. ج. (۱۳۹٦). بررسی نقش گردشگری در توسعۀ پایدار منطقه‌ای (نمونۀ موردی: گردشگری سلامت استان اردبیل). *فصلنامۀ جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)*، *۷*(۳)، ٦۳-۵۵.

۳. خادم الحسینی، ا.، و ادهم، ن. (۱۳۹۵). نقش گردشگری سلامت در توسعۀ پایدار شهری با تاکید بر شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی (مورد: آبگرم محلات). *پژوهش‌های مکانی-فضایی*، *۱*، ۱۵-۱.

٤. دستغیب، س. ا. (۱۳۹٦). تحلیلی بر وضعیت گردشگری سلامت در ایران. *اولین همایش بین‌المللی گردشگری، جغرافیا و محیط‌زیست پاک*، ۲۰ خرداد، همدان، ایران. بازیابی از https://civilica.com/8170/

۵. رضوانی، م.، دربان‌آستانه، ع. و احمدآبادی، ح. (۱۳۹٤). تحلیل اثرات اعتبارات خرد بر پایداری اقتصاد روستایی (مورد مطالعاتی: اعتبارات صندوق کارآفرینی امید در شهرستان نیشابور). *مجلۀ جغرافیا و توسعۀ ناحیه‌ای*، *۱۳*(۱)، ۲۳۳-۲۰۹.

٦. صادقلو، ط.، محمودی، ح.، و جعفری، ف. (۱۳۹٦). تحلیل تاب‌آوری کسب و کارهای گردشگری در نواحی روستایی (مورد: حوزۀ نفوذ گردشگاهی شهر مشهد). *فصلنامۀ اقتصاد فضا و توسعۀ روستایی*، (ویژه‌نامۀ گردشگری روستایی)، ۲۲-۱.

۷. صفرآبادی، ا.، و احمدپور، ع. (۱۳۹۸). برنامه‌ریزی تفرجگاه‌های پیرامون شهرها با تأکید بر گردشگری سلامت (مطالعۀ موردی: چشمۀ آبگرم تودلویه). *مجلۀ آمایش جغرافیایی فضا*، *۹*(۳۱)، ۲٤۳-۲۲۷.

۸. فراهانی، ح.، ولائی، م.، و اصدقی، ز. (۱۳۹۲). بررسی نقش گردشگری مذهبی در توسعهٔ روستایی از دیدگاه گردشگران (مطالعهٔ موردی: روستای چکان شهرستان مراغه). *اندیشهٔ جغرافیایی*، *۷*(۱٤)، ۳۷-٥٦.

۹. قدیری معصوم، م.، ضیاء نوشین، م.، و خراسانی، م. (۱۳۸۹). پایداری اقتصادی و رابطهٔ آن با ویژگی‌های مکانی-فضایی (مطالعهٔ موردی روستاهای دهستان کوهین شهرستان کبودر آهنگ). *فصلنامهٔ روستا و توسعه*، *۱۳*(۲)، ۲۹-۱.

۱۰. کریم‌زاده، ح.، ولائی، م.، و منافی آذر، ر. (۱۳۹٥). نقش تنوع‌بخشی به فعالیت‌ها در پایداریِ اقتصاد روستایی (مطالعهٔ موردی: دهستان مرحمت‌آباد میانی، شهرستان میاندوآب). *مجلهٔ آمایش جغرافیایی فضا*، ٦(۲۰)، ۱٤٤-۱۲۳.

۱۱. گل‌شیری اصفهانی، ز.، رکن‌الدین افتخاری، ع.، و پورطاهری، م. (۱۳۹۳). تبیین چرخهٔ الگوی توسعهٔ گردشگری سلامت در مناطق روستایی ایران (با تأکید بر چشمه‌های آب‌گرم). *مجلهٔ برنامه‌ریزی و توسعهٔ گردشگری*، *۳*(۱۱)، ۳۲-۱۱.

۱۲. ملکی، س.، و توانگر، م. (۱۳۹٤). بررسی و تحلیل چالش‌های گردشگری سلامت از منظر بیماران خارجی. *مجلهٔ جغرافیا و توسعهٔ فضای شهری*، *۲*(۲)، ۱٦٥-۱٥۳.

۱۳. منوچهری، س.، و محمدی، س. (۱۳۹۸). تحلیل عوامل مؤثر بر توسعهٔ گردشگری سلامت در مناطق مرزی (مطالعه موردی: استان کردستان). *فصلنامهٔ علوم و فنون مرزی*، *۳*(۳۰)، ۱۳۰-۹٥.

۱٤. ناصرپور، م.، موسوی، س. ن.، و سپهوند، ر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعهٔ گردشگری سلامت. *فصلنامهٔ گردشگری و توسعه*، *۷*(۳)، ۲۱۲-۱۹٥.

۱٥. واعظی، ر.، چگین، م.، و اصلی‌پور، ح. (۱۳۹٦). جایگاه خط‌مشی گردشگری سلامت در توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی مبتنی بر راهبردهای اقتصاد مقاومتی. *مدیریت دولتی (دانش مدیریت)*، *۹*(٤)، ٦٤۱-٦٦٤.

۱٦. ورمزیاری، ح.، و ایمانی، ب. (۱۳۹٦). تحلیل تاب‌آوری کسب‌وکارهای روستایی در شهرستان ملکان. *نشریهٔ توسعهٔ کارآفرینی*، *۱۰*(۱)، ۲۰۰-۱۸۱.

۱۷. هرندی، ع. ا.، و میرزائیان خمسه، پ. (۱۳۹٦). تبیین مدل جذب گردشگر سلامت: با استفاده از راهبرد تئوری داده نیاد کلاسیک. *مجلهٔ گردشگری شهری*، *٤*(۱)، ۹۸-۸۷.

18. Azimi, R., Mahmoudi, G., & Esmaeili, H. (2017). A study of the effect of advertising on attracting medical tourism. *International Journal of Travel Med Glob Health*, *5*(3), 89-93.
19. Bernstein, C., Kenett, R., Epstein, V., & Eshel, A. (2016). Dead Sea medical tourism: An allergological point of view Aerobiologia. *Aerobiologia*, *7*(9), 1-10.
20. Biggs, D., Hall, Michael C. & Stoeckl, N. (2011). The resilience of formal and informal tourism enterprises to disasters: reef tourism in Phuket, Thailand. *Journal of Sustainable Tourism*, *20*(5), 645–665.
21. Byrd, E. T., Bosley, H. E., & Dronberger, M. G. (2009). Comparisons of stakeholder perceptions of tourism impacts in rural eastern North Carolina. *Journal of tourism Management*, *30*(1), 639-703.
22. Fahimi, A., Akadiri, S. S., Seraj, M., & Akadiri, A. C. (2018). Testing the role of tourism and human capital development in economic growth. A panel causality study of micro states. *Tourism Management Perspectives*, *28*(2), 62–70.
23. Gautam, Y., & Andersen, P. (2016). Rural livelihood diversification and household well-being: Insights from Humla, Nepal. *Journal of Rural Studies*, *44*(6), 239-249.
24. Guaita Martínez, J. M., Martín Martín, J. M., Salinas Fernández, J. A., & Mogorrón-Guerrero, H. (2019). An analysis of the stability of rural tourism as a desired condition for sustainable tourism. *Journal of Business Research*, *100*, 165–174.
25. Heung, Vincent C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, *32*(5), 995–1005
26. Hultman, J., & Hall, C. M. (2011). Tourism place-making govemance of locality in Sweden, Annedn. *Annals of Tourism Research*, *44(6)*, 123-128.
27. Li, L. (2008). A review of entrepreneurship. *Tourism Management*, *4*(29), 1013-1022.
28. Migoń, P. (2016). Interpreting geoheritage at New Zealand’s geothermal tourist sites systematic explanation versus storytelling. *Geoheritage*, 9, 83-95.
29. Nilashi, M., Sarminah, S., Abdul Manaf, A., Ahmadi, H. A., Tarik R., Munshi, A., & Hassan, O. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A dematel fuzzy TOPSIS approach. *Computers & Industrial Engineering*, *137*(43), 1-11.
30. OECD. (2016). *OECD tourism trends and policies*. Paris: OECD Publishing.
31. Ridderstaat, J., Singh, D., & De Micco, F. (2018). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of Destination Marketing & Management*, *11*, 270-280.
32. Rollandi, I. (2014). *Top 10Best countries for medical tourism*. Retrieved from http://www.Insidermonkey.com/bloy/the-10-best-countries-for-medical-tourism–330910

33. Savaşan, A., Yalvaç, M., & Tuncel, E. (2017). Statistical reasoning for developing an attitude scale for health tourism stakeholders in North Cyprus context. *Procedia Computer Science*, 120, 196–203.
34. Shen, S., Wang, H., Quan, Q., & Xu, J. (2019). Rurality and rural tourism development in China. *Tourism Management Perspectives*, *30*(4), 98–106.
35. Song, H., Larry, D., & Gang Li, Z. C. (2012). Tourism economic reaserch: A review and assessment. *Annals of Tourism Research*, *39*(3), 1653–1682.
36. UNWTO. (2007). *Tourism highlights*. London: John Wiley & Sons.
37. Valorie Crooks, A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, Ro., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, *72*(1), 726-732.